

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ใบรับรองแพทย์

436 69
เล่มที่.....เลขที่.....

หนังสือรับรองฉบับนี้ ขอรับรองว่า

นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....
.....

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่..... 25899 ได้ทำการตรวจรักษาบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุล..... สุน. ฉิมจันทร์..... สวรรคต..... อายุ 34 ปี สังกัด..... พล.

เป็นผู้ป่วย [/] ภายนอก เลขที่ทั่วไป 17670/57 เมื่อวันที่ 21 พ.ค 57

[] ภายใน เลขที่ภายใน..... รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ตั้งแต่..... ถึง.....

วินิจฉัยโรค..... โรคหลอดเลือดหัวใจ

ความเห็น.....

อนุญาตให้..... นศ..... มีกำหนด..... 1..... วัน

ตั้งแต่วันที่ 21 พ.ค 57 ถึง 21 พ.ค 57

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ 21 เดือน พ.ค. พ.ศ. 57

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ.....

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์นี้จะสมบูรณ์เมื่อมีการประทับตราโรงพยาบาลเท่านั้น